Aus der Abteilung für konservierende Zahnheilkunde
des Zahnärztlichen Institutes der Universität zu Breslau.
(Leiter: Professor Dr. med. Walther Bruck.)

Das Auftreten cariöser Prozesse an retinierten Zähnen.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Eugen Berger,
prakt. Zahnarzt,
Neisse.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. med. Walther Bruck.

Über die Ursachen der Retention (Verlagerung) bestehen noch mancherlei Zweifel und Unklarheiten. Als eine der häufigsten Ursachen ist neben Raummangel die abnorme Lagerung der Zahnkeime anzusehen. Auch mechanische Hindernisse können den Durchbruch verhindern, ebenso sollen konstitutionelle Erkrankungen Retention bedingen können.

Die Verlagerung von Milchzähnen ist früher bestritten worden (Scheff), jedoch haben Holländer, Treuenfels, Berten, Carabelli und Fischer durch Beschreibung einschlägiger Fälle den einwandfreien Beweis des Gegenteils geführt. Letzterer berichtet über zwei retinierte Milchmolaren, die er in dem Schädel eines 20jährigen Menschen entdeckte. Bemerkenswert ist, daß diese beiden Zähne mit Caries behaftet waren. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist auch der Zahn, der die Unterlage für meine Arbeit bildet, als ein verlagerter Milchzahn anzusprechen.

Die von verlagerten Zähnen unterhaltenen pathologischen Prozesse können ihre verschiedensten Ursachen haben, und wenn auch hierbei noch manches ungeklärt ist, so werden wir doch recht häufig uns den Ursprung der Erscheinungen vorstellen können.

Dem Thema der Arbeit entsprechend sollen aus der Literatur nur diejenigen Fälle Erwähnung finden, die uns von mit Caries behafteten retinierten Zähnen berichten. Bemerkt sei, daß die Ausbeute aus der reichlichen Literatur nur eine geringe ist. Kallhardt konnte bei einer 40jährigen Patientin einen unteren retinierten Eckzahn feststellen, der durch bis an die Pulpa heranreichende Caries zerstört war. Luniatschek verzeichnet in

zwei Fällen Caries, bei einem oberen verlagerten Eckzahn und bei einem ebensolchen unteren Weisheitszahn. Letzterer zeigte eine tiefe Zerstörung mit gangränöser Pulpa. Fox berichtet, daß bei ihm im 71. Lebensjahre wegen anhaltender Beschwerden im harten Gaumen ein retinierter cariöser Eckzahn entfernt wurde. Bouzique fand einen verlagerten mittleren Schneidezahn, der zwei Kavitäten aufwies. Einen seitlichen retinierten Schneidezahn im Oberkiefer, mit Caries behaftet, vermerkt Mex, und daß Fischer zwei cariöse Milchmolaren in den Kiefern eines Schädels entdeckte, ist bereits erwähnt worden.

Diesen in der Literatur aufgefundenen Fällen — ein weiterer von Pierce im „Dental Cosmos" beschriebener wird noch später erklärt werden — will ich einen einschlägigen Fall aus meiner Praxis angliedern, der in mehrfacher Beziehung bemerkenswert ist.

Frl. Helene D., 29 Jahre alt, suchte mich am 1. Oktober 1919 wegen einer Schwellung am rechten Oberkiefer auf.

Sie erzählt, sie habe sich als 13jähriges Mädchen einen Stiftzahn anfertigen lassen. Etwa ein Jahr später sei am harten Gaumen hinter dem eingesetzten Zahne eine Schwellung aufgetreten. Diese sei verschwunden, aber die bewußte Stelle am Gaumen hätte sich seitdem mit der Zunge anders angefühlt als früher. Es sei immer eine gewisse Glätte wahrzunehmen gewesen. Vor einigen Tagen seien Schmerzen und Schwellung in der Umgegend des Stiftzahnes aufgetreten.

Dieser Stiftzahn ist in der Wurzel von $\underline{2|}$ befestigt und zeigt einen mangelhaften Anschluß. Zahnfleisch ist gerötet und geschwollen (zirkumskripter Knoten), außerdem am harten Gaumen eine kleine rundliche Schwellung, etwa 2 bis $2^1/_2$ cm hinter $\underline{2|}$ liegend. Stiftzahn wurde entfernt, ebenso die stark zerstörte Wurzel; Eiterentleerung.

Am 29. Dezember 1919 erscheint Patientin wieder. Krankheitsherd ist nicht ausgeheilt. Die Schwellung am Gaumen ist noch vorhanden, an der Vorderseite des Alveolarrandes hat der Knoten einer Zahnfleischfistel Platz gemacht. Bei Druck auf die Gaumenschwellung entfließt dieser Fistel Eiter. Aufklappung der Schleimhaut und Auskratzung unter örtlicher Betäubung.

Am 19. Februar 1920 spricht Patientin wieder vor. Statt Verheilung ist eine Vergrößerung der Gaumenschwellung eingetreten, aus der ständig Eiter fließt. Nochmalige Aufklappung und Auskratzuug, dieses Mal tiefergehend, Tamponade. Bemerkenswertes in der Wunde nicht festzustellen.

Eiterentleerung hält auch weiterhin an und Patientin wird daher von mir dem Spezialarzt für Chirurgie Sanitätsrat Dr. Nissen überwiesen. Die Aufmeißelung in der Narkose fördert in der Höhe des rechten Nasenflügels einen quergelagerten retinierten Zahn zutage, dessen Krone durch Caries soweit zerstört ist, daß man sich von ihrem ursprünglichen Aussehen keine einwandfreie Vorstellung machen kann. Die Wurzel ist ungefähr $^4/_5$ cm lang, etwas säbelförmig gekrümmt und abgeplattet. Am Zahnhalse hat sie einen Durchmesser von 5 mm in der Länge und einen solchen von 3 mm in der Breite.

Es ist anzunehmen, das ein von der Wurzel 2| ausgehender Entzündungsherd auf das Lager des retinierten Zahnes übergegriffen hat und so die Infektion zustandegekommen ist. Ebenso ist die Annahme berechtigt, daß der Herd, der ein Jahr nach dem Anbringen des Stiftzahnes am harten Gaumen auftrat, also im Alter von 14 Jahren, nie völlig verschwunden ist. Darauf deutet ja auch die Aussage der Patientin hin, die betreffende Stelle habe sich stets anders angefühlt, als der übrige Teil der Gaumenschleimhaut. Ein Zugang vom Gaumen zum Retentionslager, wenn es auch nur ein feiner Spalt gewesen ist, ist sicherlich zurückgeblieben und hat während der 15 Jahre auch reichlich der Beförderung von Infektionsstoffen und Carieserregern gedient. Schließlich trat der ganze Prozeß aus einem chronischen in einen subakuten Zustand, der zur Entfernung des Zahnes drängte. Nachdem diese ausgeführt war, ging die Heilung glatt vonstatten. Nach Mitteilung des Vaters der Patientin hatte letztere an der Stelle, an der der Stiftzahn stand, in der Kindheit eine Zahnlücke. Dieser Hinweis, sowie die Lage des aufgefundenen Zahnes genau über 2| und sein Aussehen, soweit es aus dem Gesamtbild noch einen Schluß gestattet, berechtigen zu der Folgerung, daß jener Zahn als ein rechter seitlicher Incisivus des Milchgebisses anzusehen ist. Zweifel können nur

durch die Form der Wurzel hervorgerufen werden. Wie schon bemerkt, ist sie abgeplattet, während die Wurzel des seitlichen Milchschneidezahnes gewöhnlich als rund bezeichnet wird (Zuckerkandl, Baume). Abweichungen von der normalen Form sind doch aber möglich, hier besonders, da die Umstände, die den Grund zur Verlagerung abgegeben haben, gleichzeitig auch ein Hindernis für die normale Entwicklung der Wurzel gewesen sein können, eine Zusammendrückung bezw. Abplattung herbeigeführt haben. Man könnte auch an einen Zapfenzahn (embolus) glauben. Aber gerade bei dieser Zahngattung wird erst recht die runde Wurzel betont (Adloff-Busch, Riesenfeld), auch weicht die äußere Form sehr von dem typischen Bilde eines Zapfenzahnes ab.

Den Mitteilungen über cariöse Prozesse an retinierten Zähnen stehen die Ausführungen Millers entgegen, welche den Nachweis führen, daß die an solchen Zähnen beobachteten und von ihm untersuchten Höhlen nicht auf cariöser Grundlage beruhen, sondern durch Resorptionsprozesse gebildet worden sind. Es ist begreiflich, daß gerade Miller diese Einwände erhebt. Hat er doch die Anschauung, die die Caries als chemisch-parasitären Vorgang hinstellt, in der gründlichsten Weise ausgebaut und verfochten, sodaß sie heut als die allgemein geltende anzusehen ist, wenn auch manche Erscheinungen noch der Klärung bedürfen und neben den exzitierenden Ursachen (Säuren und Mikroorganismen) auch die prädisponierenden Ursachen eine wichtige Rolle spielen. Nach dieser Auffassung können allerdings Zähne, die derart von der Außenwelt abgeschlossen sind, daß keinerlei Zugänge vorhanden sind, auf denen man sich das Eindringen der Carieserreger vorstellen kann, auch nicht der Caries verfallen. Resorptionsprozesse dagegen werden häufiger bei retinierten Zähnen beobachtet und können, ebenso wie mangelhafte Verkalkung des Schmelzes, Caries vortäuschen. In einem Falle aber hat Miller das Vorhandensein von Caries zugegeben — es handelt sich um einen oberen Molaren, den Pierce im „Dental Cosmos“ beschreibt und als Beleg gegen die chemisch-parasitäre Theorie anführt —; Miller meint jedoch, daß „der Zahn früher den Mundsäften zugänglich gewesen sein“ oder „ein Eiterungsprozeß in der Umgebung des Zahnes bestanden haben“ muß. Diesen

Ausführungen Millers kann man nur zustimmen und seine Anschauung über das Wesen der Caries wird weder durch den soeben beschriebenen noch durch die vorher vermerkten Fälle von Caries an retinierten Zähnen umgestoßen, denn wir werden in allen Fällen, sofern über sie eingehend berichtet worden ist, nachweisen können, daß irgend ein Kanal bestand, der den Zugang der Carieserreger ermöglichte, mindestens aber werden wir uns aus den Begleitumständen des betreffenden Falles eine Zugangsmöglichkeit denken können. Es ist bekannt, daß die Mundsäfte mit ihrem schädlichen Gehalt sehr weit durch Fisteln und Taschen vordringen können (Riesenfeld, Brasch). Der Zufluß der Mundflüssigkeit zum Retentionslager ist allerdings ein spärlicher, aber doch stetiger, jahrelang oder vielleicht jahrzehntelang auf die gleiche kleine Angriffsfläche einwirkend. Immerhin wird der Umfang der dadurch beförderten, bei der Caries mitwirkenden „exzitierenden Ursachen“ sich in mäßigen Grenzen bewegen, und daraus erhellt, daß die Seltenheit des Auftretens der Caries bei retinierten Zähnen etwas Selbstverständliches ist und daß außerdem auch den „prädisponierenden Ursachen“ eine große Bedeutung zufallen muß (Strukturfehler, Rauhigkeiten usw.). Auch Milchzähne werden leichter cariös, als bleibende Zähne. Deshalb ist es wohl kein Zufall, daß bei den wenigen aufgefundenen verlagerten Milchzähnen drei cariöse zu verzeichnen sind, die beiden Milchmolaren von Fischer und der von mir beschriebene Zahn, den ich mit ziemlicher Sicherheit als einen lateralen Incisivus des Milchgebisses ansprechen möchte.